

Année 1900

THÈSE

N°

202

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 8 février 1900, à 1 heure

PAR

LACOUR (Antoine)

LE CORPS JAUNE

ET LA

CAUSE DÉTERMINANTE DE L'ACCOUCHEMENT

Président : M. MATHIAS DUVAL, professeur.

*Juges : MM. } BUDIN, professeur.
WALLICH et LANGLOIS, agrégés.*

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1900

Année 1900

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 8 février 1900, à 1 heure

PAR

LACOUR (Antoine)

LE CORPS JAUNE

ET LA

CAUSE DÉTERMINANTE DE L'ACCOUCHEMENT

Président : M. MATHIAS DUVAL, professeur.

*Juges : MM. { BUDIN, professeur.
WALLICH et LANGLOIS, agrégés.*



PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et Matière médicale.	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	BRISAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	{ DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.	{ TERRIER
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH.
BROCA (AUG.)	TOURETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT	LAUNOIS.	TEISSIER.	
P. DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798. l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MATHIAS DUVAL

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur à la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DE PONDICHÉRY (INDE FRANÇAISE)

MONSIEUR HENRI GALLAY

Chevalier de la Légion d'honneur
Médecin en chef des Colonies

MONSIEUR ÉMILE ETCHEGARAY

Pharmacien de 1^{re} classe des Colonies

A MES BIENFAITEURS

MONSIEUR JULES GODIN

Chevalier de la Légion d'honneur
Sénateur de l'Inde Française
Ancien ministre des Travaux publics

MONSIEUR EUGÈNE BAPTISTE

Greffier près le Tribunal de 1^{re} instance de Pnom-Penh (Cambodge)

MONSIEUR ALBERT LAW DE CLAPERNOU

Fonctionnaire retraité à Pondichéry (Inde Française)

Veillez accepter la dédicace de ce travail comme un témoignage de ma vive reconnaissance. Puisse-t-il être digne de tous les bienfaits dont vous n'avez cessé de me combler depuis le commencement de mes études.

ANTOINE LACOUR

A MES AMIS

A MES CHERS PARENTS

INTRODUCTION

Le corps jaune et la cause déterminante de l'accouchement.

La cause efficiente de l'accouchement, celle qui fait que l'œuf arrivé à maturité est expulsé de l'utérus, est la contraction de cet organe. Elle est parfaitement connue et généralement admise par tous les auteurs. Mais ce qui est le sujet de vives discussions et qui est loin d'être résolu, c'est la cause déterminante de l'accouchement ou en d'autres termes, la cause qui fait que les contractions utérines s'éveillent physiologiquement toujours à la maturité de l'œuf, à 270 jours environ de la gestation.

Le grand nombre de théories émises à ce sujet et les nombreuses critiques qui les accompagnent nous prouvent amplement l'insuffisance de chacune d'elles.

Cependant les données nouvelles en physiologie, nous permettent, si ce n'est de résoudre absolument la question, tout au moins de l'envisager sous de nouveaux points de vue, et si elles ne nous donnent pas la solution du problème, elles nous mettent déjà sur la voie qui, avec

des recherches ultérieures, nous conduira sûrement au but.

Nous allons donc, dans ce travail, après avoir jeté un rapide coup d'œil sur toutes les théories émises et défendues jusqu'aujourd'hui, chercher d'abord à étudier les phénomènes et la cause déterminante de l'ovulation et de la menstruation; puis nous tâcherons de mettre en évidence l'identité absolue des phénomènes de la menstruation et ceux de l'accouchement. Une fois la cause déterminante réelle de la première trouvée et l'identité des deux phénomènes établie, il nous sera bien facile de chercher la cause déterminante de l'accouchement.

Les différentes théories émises jusqu'aujourd'hui sur la cause déterminante de l'accouchement.

Il nous est bien difficile de trouver une classification méthodique pour l'énumération de toutes ces opinions, nous suivrons cependant, avec quelques modifications, celle donnée par Auvard dans son *Traité pratique des accouchements*.

THÉORIES QUI METTENT EN CAUSE LE FŒTUS

Les théories les plus anciennes plaçaient toutes dans le fœtus, la cause déterminante de l'accouchement. Elles ne sont plus discutables maintenant, aussi ne ferons-nous que les citer rapidement pour aborder la deuxième série.

1° La distension de l'intestin par l'accumulation du méconium et de la vessie, par l'urine, pouvait produire un malaise tel du fœtus, que celui-ci chercherait à sortir de l'utérus.

2° Le rétrécissement progressif du trou de Botal et les modifications des vaisseaux artériels et veineux vers la fin de la grossesse produiraient une insuffisance de la circulation chez le fœtus, d'où sa sortie.

3° La gêne pour l'accomplissement des mouvements fœtaux, l'utérus devenant relativement trop petit,

4° L'insuffisance de la nutrition du fœtus, alors qu'il a acquis tout son développement intra-utérin.

THÉORIES QUI FONT DÉRIVER DES MEMBRANES, LA CAUSE
DÉTERMINANTE DE L'ACCOUCHEMENT

A. — Simpson admettait que les parties les plus superficielles de la caduque se décollaient de la face interne de l'utérus, au terme de la grossesse, par suite de la régression graisseuse complète des éléments de cette membrane, et que ce décollement avait pour résultat de mettre en jeu les contractions de l'utérus (Tarnier).

Schrœder, dans son *Traité d'accouchements*, défend la même théorie et s'appuie sur les faits suivants : le décollement artificiel des membranes par un procédé quelconque, cathéter élastique à demeure ou non, injection de liquide entre l'utérus et l'œuf, etc., suffit pour mettre en jeu la contractilité utérine et provoquer l'accouchement avant terme ; le même phénomène se produit toutes les fois qu'il se développe dans le cours de la gestation une maladie des membranes ou du placenta, hématome, dégénérescence graisseuse, kyste, etc., qui sépare l'œuf de l'utérus ; or, cette séparation a lieu naturellement à la fin de la grossesse, par le fait des modifications de la caduque ; l'œuf joue alors le rôle de corps étranger par rapport à la matrice ; directement en contact avec les extrémités des nerfs qui se rendent à la face interne de l'utérus, il les irrite et sollicite les contractions de l'organe gestateur ; les parois utérines s'appliquent plus étroitement sur le

corps qu'elles renferment, la compression des nerfs est plus prononcée, l'excitation qui en résulte plus grande, et les contractions se renouvellent en augmentant de force et de fréquence jusqu'à la terminaison de l'accouchement. L'apparition des contractions indolores dans le cours de la gestation ne serait pas, selon Schröder, une objection sérieuse à cette théorie, car la dégénérescence graisseuse de la caduque commencerait dès le quatrième mois. A mesure que celle-ci progresserait, les contractions deviendraient plus énergiques et elles atteindraient leur plus grande intensité quand les modifications de la caduque seraient complètes, c'est-à-dire au terme de la gestation (Tarnier).

Rien n'est moins certain, dit Tarnier, que cette théorie, car d'après les recherches récentes, ajoute-t-il, de Langhans, Dohrn, de Sinéty et Léopold, la dégénérescence graisseuse des éléments de la caduque est loin d'être constante pendant la grossesse.

Auvard, s'exprime ainsi contre cette théorie : « Il est certain que tout corps étranger au contact de la surface interne de l'utérus, amène des contractions plus ou moins vives ; mais on conçoit mal pourquoi la séparation de l'œuf et de l'utérus se faisant progressivement, pendant les trois derniers mois de la grossesse, et le décollement allant de l'orifice interne vers le fond de l'organe gestateur, le travail survient exactement à la fin du neuvième mois et non à une époque plus avancée. D'autre part, dans les cas d'adhérences pathologiques des membranes, les femmes ne devraient jamais entrer en travail ».

Ribemont-Dessaigne et Lepage admettent qu'elle est très discutable, cependant, disent-ils, il faut se rappeler qu'un bon moyen de provoquer l'accouchement est de décoller les membranes par un procédé quelconque.

B. — Pour A. Charpentier, la cause de l'accouchement se trouve dans le mécanisme des relations vasculaires de l'œuf et de la matrice.

« Plus l'œuf se développe, plus la pression intra-utérine augmentant, sollicite une réaction équivalente de la part des parois utérines. De cette lutte qui s'accroît notablement vers la période finale de la grossesse, résulte un phénomène secondaire, qui est sous la domination des contractions, de plus en plus répétées de la matrice. C'est l'occlusion des vaisseaux qui se reproduit à chaque rappel de ces contractions. Les connexions inter-utéro-placentaires finissent par être si fréquemment interrompues, qu'il se crée entre l'œuf et la matrice, dans l'épaisseur de la décidua, une zone intermédiaire, zone de déhiscence de Langhans, Dohrn, de Sinéty, où les éléments dégénérés et graisseux, les vaisseaux partiellement ou totalement oblitérés (Léopold) forment un tissu dépourvu de résistance et de vitalité.

« Bien plus, l'œuf à partir de ce moment, n'ayant plus que des relations insuffisantes avec les parois utérines, devient corps étranger et toutes les réactions actives de l'utérus concourent à son expulsion. Tant qu'il faisait, en quelque sorte partie de la matrice, grâce à l'intensité des connexions vasculaires, il était toléré ; par la raréfaction de ces connexions, il s'isole, se rend indépendant de la vie

propre de la matrice et lui devient étranger, il en est donc expulsé. (A. Charpentier).

THÉORIES QUI PLACENT LA CAUSE DANS LA CIRCULATION DE L'UTÉRUS.

C. — *Théorie de l'asphyxie utérine ou de Brown-Séquard.* — D'après ce savant physiologiste, les fibres musculaires de l'utérus comme toutes les fibres musculaires de la vie organique, seraient très sensibles à l'action de l'acide carbonique. Le contact de ce gaz dont le sang veineux est chargé, produirait sur les fibres de l'utérus une excitation assez vive pour en déterminer la contraction.

Parmi les quelques expériences qui semblent appuyer cette manière de voir, on peut citer la suivante :

On lie la trachée-artère d'une lapine pleine ; au bout d'une dizaine de secondes d'asphyxie obtenue, on voit l'utérus entrer en contraction, si l'on vient à enlever la ligature, les contractions cessent et l'utérus rentre en repos. Une nouvelle application de ligature amène de nouvelles contractions et ainsi de suite.

Selon cet auteur, l'appareil veineux de l'utérus, pendant la grossesse, a pris un développement tel, qu'il existe une masse considérable de sang veineux, par conséquent chargé d'acide carbonique, dans l'épaisseur de ses parois. C'est sous cette influence que se produiraient les contractions du travail.

« Tout en reconnaissant combien la théorie de Brown-Séquard est ingénieuse, dit Tarnier, nous répétons comme nous l'avons déjà dit, qu'il ne faut pas se hâter

de conclure qu'elle nous révèle la cause véritable de l'accouchement. Elle ne nous explique pas, en effet, comment pendant les derniers mois de la gestation elles sont peu fréquentes et peu intenses, bien que les fibres musculaires de la matrice soient alors baignées par une grande quantité de sang veineux, tandis qu'avec les mêmes conditions circulatoires, les contractions utérines deviennent fréquentes et énergiques pendant le travail de l'accouchement. »

Auvard commente ainsi cette théorie : « Le principe de cette explication est vrai ; mais cette asphyxie locale étant progressive, on comprend mal comment elle devient, juste au terme normal de la grossesse, suffisante pour produire l'accouchement ».

Ribemont-Desaignes et Lepage la qualifient de théorie ingénieuse, ainsi que celle de Tyler Smith.

Quant à nous, nous admettons bien que les contractions utérines sont dues à la présence de l'acide carbonique, mais nous ajoutons que ce gaz agit d'une part par son excès subit dans l'utérus au moment du travail, excès produit par une congestion de la matrice, d'où afflux de sang et augmentation d'acide carbonique, et d'autre part parce que les fibres musculaires et les filets nerveux de l'utérus deviennent à ce moment plus excitables, que pendant la grossesse, par un mécanisme que nous étudierons plus loin.

D. — *Théorie de la 10^e époque menstruelle.* — Tyler Smith et Scanzoni prétendaient que la fluxion ovarique, sans hémorrhagie, se produisait avec la même périodicité

pendant la grossesse que dans l'état de vacuité et qu'au moment de la dixième époque menstruelle, cette fluxion sanguine avait pour effet d'augmenter l'irritabilité de l'utérus et par conséquent de mettre en jeu la contractilité de cet organe.

« Cette théorie pêche par la base, car rien n'est moins démontré que la persistance, pendant la grossesse, des phénomènes congestifs de la menstruation » (Tarnier).

Auvard la réfute parce que souvent, dit-il, l'époque de l'accouchement ne coïncide pas avec celle de la dixième époque menstruelle.

En admettant même que l'ovulation ovarienne persiste pendant la grossesse, il resterait à démontrer pourquoi, c'est plutôt à la dixième qu'à la huitième ou onzième époque que cette influence de l'action réflexe de l'ovaire est assez énergique pour solliciter dans l'utérus les contractions de l'accouchement naturel (Depaul).

THÉORIES QUI METTENT EN CAUSE LES FIBRES MUSCULAIRES DE L'UTÉRUS

E. — *Théorie de la maturité de la fibre utérine.* — Labstein et Chaussier admettent que les fibres utérines aboutissent progressivement à une sorte de maturité qui les rend aptes à se contracter énergiquement et qui survenant au terme de la grossesse, amène à ce moment l'accouchement. Pure hypothèse que rien ne justifie (Auvard).

F. — *Théories de l'irritabilité des fibres de l'utérus.*

— L'irritabilité utérine, somnolente pendant tout le cours de la grossesse, où elle ne se révèle que par des contractions peu énergiques, se manifesterait dans toute son énergie au terme de la gestation, mise en éveil soit par la distension du corps, soit par celle du col, d'où deux théories :

a) *Théorie de la distension du corps utérin.* — Cette théorie qui admet une analogie complète entre l'expulsion du fœtus et l'excrétion de l'urine et des matières fécales, a été émise par Mauriceau, reprise par Power, P. Dubois et le professeur Depaul et défendue de nouveau en 1887 par Garimond. (Étude des causes déterminantes de l'accouchement à terme, et avant terme *in Arch. d'obstétrique et de gynécologie*).

Pour cet auteur, les causes de l'accouchement seraient les suivantes : « 1^o L'accouchement et ses derniers phénomènes préparatoires ont lieu par suite de la rupture de l'équilibre entre l'œuf et la matrice. Celle-ci ne pouvant plus augmenter d'étendue aux environs du neuvième mois, se trouve dans un état de tension telle, que le volume croissant du fœtus suscite nécessairement des phénomènes réactifs et réflexes. Les premières contractions amènent l'effacement du col, mais la provocation par la marche progressive de l'embryon devenant incessante, et le volume de celui-ci n'étant pas en rapport avec l'étendue de la cavité, le col s'entrouvre et l'accouchement s'effectue.

« 2^o Dans l'avortement réalisé par la mort du fœtus avec conservation de l'intégralité de l'œuf, l'utérus, d'abord immobile, soumis plus tard à un travail regressif, va au

devant de son contenu, sans que la rétractilité joue un rôle important, l'enserme, le presse de tous côtés, trouve en lui une provocation, sa fibre s'arrête, se contracte et expulse l'œuf. Donc nous pouvons appliquer cette loi générale : l'expulsion se fait lorsque les rapports de volume entre le contenant et le contenu ont perdu leur équilibre, et ont ainsi suscité l'irritabilité utérine.

« 3° Dans l'avortement avec rupture de la poche des eaux, le liquide amniotique vient-il à s'écouler par une ouverture décline, qui permet à sa plus grande partie de se vider à l'extérieur, l'expulsion est considérée comme devant être la conséquence nécessaire. Elle a lieu d'habitude, de la première heure au treizième jour après l'accident. Les fibres de l'utérus obéissent à la rétractilité dont j'ai déjà signalé l'importance. Elles reviennent sur elles-mêmes, tantôt rapidement, tantôt lentement. Elles se raccourcissent, se moulent exactement dans le corps du fœtus, comprimant sa surface dure, irrégulière et reçoivent nécessairement de leur contact forcé avec l'embryon, une excitation à laquelle elles répondent en entrant en contraction et en accomplissant le travail.

« 4° Dans l'hémorrhagie, le sang, corps étranger interposé entre la matrice et l'œuf, détermine directement la contraction.

« 5° Enfin dans tous les cas, la contractilité est stimulée par des actions sur les tissus ; par des réflexes ou par des troubles de nutrition ».

Cette théorie, on le voit, dit A. Charpentier, n'est autre

que celle que Guyon a exposée à l'Académie des Sciences (mars 1887) pour expliquer l'expulsion de l'urine.

Auvard s'élève contre elle en ces termes : « Cette analogie séduisante au premier abord ne peut satisfaire l'esprit à un examen attentif ; car la miction se fait à des intervalles variables suivant les personnes ; il en est de même de la défécation, à moins que l'habitude n'eût établi une régularité factice. Or si l'accouchement avait lieu par un mécanisme semblable, le moment de sa production devrait être également variable et se montrer tantôt à sept, huit ou neuf mois. D'autre part la même femme accouche à terme d'un seul fœtus (grossesse simple) et de deux fœtus (grossesse gémellaire) ; or dans ce second cas l'utérus étant beaucoup plus distendu que dans le premier, l'accouchement, si la distension était bien la cause déterminante principale du travail, aurait dû se produire plus tôt. Enfin dans la grossesse extra-utérine, quoique le fœtus siège en dehors de l'utérus, on voit au terme normal de la grossesse, survenir un pseudo-travail qui ne peut être expliqué par la distension de l'utérus, le contenu faisant défaut. Cependant, je n'insiste pas sur cette objection, les contractions utérines douloureuses qui surviennent à ce moment peuvent être attribuées au détachement de fragments de caduque.

Pour Goulard cette théorie ne peut être admise, car, fait-il justement remarquer, qu'à terme, la surdistension ne peut être invoquée comme cause de travail, l'utérus n'est pas encore très distendu, puisqu'il est encore assez dépressible pour permettre au palper de distinguer les parties fœtales.

b) *Théorie de la distension du col utérin.* — Levret, dont l'opinion a été admise par Baudelocque et ensuite par Desormeaux, supposait que l'utérus se développe au dépens de son fond et de son corps, pendant les quatre ou cinq premiers mois de la grossesse, puis, qu'à partir de cette époque, le col concourt à l'augmentation du reste de l'organe, par une dilatation qui se fait de la partie supérieure à la partie inférieure. Les fibres du corps, dès le milieu de la grossesse se contracteraient, exerceraient des tiraillements sur les fibres du col, dont les anneaux s'ouvriraient successivement de haut en bas, jusqu'à ce qu'il ne reste plus que l'orifice inférieur, alors que le travail commencerait.

A. Petit admet la même explication, tout en la formulant en d'autres termes : « Je regarde, dit-il, le col comme un magasin dans lequel la nature a mis en réserve la quantité de fibres musculaires dont elle a besoin pour fournir, par leur développement, l'expansion de l'utérus pendant le cours de la gestation. Dans l'ordre naturel, cette expansion, une fois commencée, marche d'un pas égal avec l'accroissement d'un fœtus. Tout est compassé, fixé de manière que, quand celui-ci est assez développé pour supporter l'action des agents extérieurs, toutes les fibres du col ont cédé et ce magasin est épuisé. L'accouchement se fera donc quand toutes les fibres qui avaient été mises en réserve principalement dans l'épaisseur du col, auront été employées ».

Cette théorie de l'effacement du col pendant la grossesse, combattue par Stoltz et d'autres, ruinée par les

constatations anatomiques de A. Martin, de Brawn, de Pinard et Varnier, ne peut donc servir à expliquer pourquoi l'accouchement a lieu presque toujours à la même époque (R. Dessaignes et Lepage). Auvaré ne saurait admettre cette théorie, car, dit-il, le plus souvent le col ne s'efface pas pendant la grossesse, mais seulement au début du travail.

« Quoi qu'il en soit de la théorie de Levret et de A. Petit, dit Tarnier, il y a un phénomène qui joue un rôle très important comme cause déterminante de l'accouchement, c'est le ramollissement du col. En effet, il existe pendant la plus grande partie de la grossesse, des contractions indolores, perçues facilement par la palpation de l'abdomen ; la femme elle-même en a conscience lorsqu'elles sont accompagnées d'un sentiment de resserrement, de tension dans le bas-ventre. Or, ces contractions font un effort inutile sur l'orifice interne aussi longtemps que son tissu reste ferme et résistant. Au contraire quand il est atteint par le ramollissement qui s'effectue progressivement de bas en haut et s'étend, selon Bandl, jusqu'au segment inférieur du corps de l'utérus, les contractions deviennent efficaces :

« Quelle que soit l'époque à laquelle il arrive à son apogée, que ce soit vers la fin de la grossesse, comme le croit Stoltz, ou beaucoup plus tôt, ainsi que le pense Bandl, la conséquence de ce phénomène, c'est l'ouverture de la cavité cervicale, de haut en bas et finalement le contact direct entre l'orifice externe du col et la portion inférieure

de l'œuf, d'où augmentation de réflexes et par suite contractions utérines. »

G. — *Théorie de Tarnier.* — Après avoir passé en revue toutes les théories dans son *Traité de l'Art des Accouchements*, Tarnier continue ainsi : « En résumé il ne semble pas qu'on doive attribuer à une cause unique le début du travail de l'accouchement. Il est au contraire, probable qu'un certain nombre de causes s'associent pour le déterminer. A la fin du neuvième mois, le développement de la matrice, l'hypertrophie de ses fibres musculaires, l'accroissement de ses nerfs et de son système veineux, l'effacement du col, le décollement de la caduque au niveau du canal cervico-utérin, le rapport direct entre les membranes de l'œuf et l'orifice externe, enfin les mouvements répétés et énergiques du fœtus à cette époque de la gestation, sont autant d'éléments qui jouent un certain rôle dans l'étiologie de l'accouchement, car tous augmentent l'excitabilité de l'utérus et sollicitent, par action réflexe, les contractions de cet organe ».

Goulard admet que l'ensemble de toutes les causes signalées ci-dessus peut être l'origine des contractions utérines ; ces causes sollicitent les réflexes utérins et l'utérus se contracte ; quand les contractions deviennent assez intenses et douloureuses, le travail commence.

Garimond dont nous avons vu précédemment la théorie, n'est pas du même avis et s'élève contre celle de Tarnier en ces termes :

« Oserai-je le dire, cet assemblage de faits, incontestables pour la plupart, pour la plupart aussi étrangers à

l'impulsion première, n'apporte que la confusion sans rien préciser. Lorsque tant de causes sont invoquées n'y a-t-il pas lieu de croire qu'aucune d'elles ne puisse satisfaire l'esprit, et que celle qui devrait résoudre le problème, ne soit restée dans l'oubli ? Remarquons qu'il n'est nulle part question du développement du fœtus, non plus que de l'arrêt de l'hypertrophie de l'utérus. Cette dernière indication a été seule examinée avec soin par les auteurs anciens. Elle est insuffisante, quoique nécessaire pour tout expliquer, mais elle joue un rôle important, et c'est à tort que nous la laisserions de côté ».

Nous voyons, après cette revue générale des théories émises jusqu'à ce jour, que nous sommes bien loin d'avoir une explication exacte de la cause déterminante de l'accouchement, pouvant tout au moins satisfaire l'intelligence dans tous les cas.

Devons-nous pour cela, nous contenter de dire comme Avicenne :

Au temps voulu, l'accouchement se fait par la grâce de Dieu !

Non, les acquisitions récentes en physiologie nous tracent une nouvelle voie ; nous devons la suivre et peut-être nous conduira-t-elle au but ? Nous osons l'espérer.

L'ovulation, la menstruation et le faux corps jaune.

Avant d'aborder le sujet même qui nous occupe, il est indispensable pour faciliter notre tâche, de revoir rapidement l'ensemble des fonctions de l'ovaire et de l'utérus.

« La vésicule de de Graaf en voie de développement arrive peu à peu à un diamètre qui égale un demi-centimètre, un centimètre et même une étendue assez grande quelquefois pour égaler le volume de l'ovaire. En même temps elle diminue d'épaisseur au niveau de son pôle périphérique ou ovulaire. Les vaisseaux disparaissent sur ce point qui semble s'atrophier. Il devient bientôt si mince, que la rupture de l'ovisac est imminente. Le moindre ébranlement imprimé à ses parois suffit alors pour déterminer sa rupture, qui se produit aussi spontanément à la suite d'une légère augmentation dans la quantité de liquide exhalé. Mais que sa déhiscence soit spontanée ou provoquée, son mécanisme ne diffère pas sensiblement ; elle reconnaît toujours pour cause première la turgescence du bulbe, dans lequel le sang afflue avec d'autant plus d'abondance que la vésicule est plus volumineuse. Au début de son évolution, le bulbe se laisse déprimer.

« A mesure qu'elle s'accroît, l'afflux sanguin devenant plus considérable, et les faisceaux musculaires (des auteurs récents nient l'existence de ces fibres musculaires), d'une

autre part, se contractant, il réagit avec plus d'énergie, refoule au dehors la vésicule, qui de son côté tend à le refouler en sens contraire pour satisfaire à son mouvement d'expansion. De cette sorte de lutte établie entre deux organes qui se repoussent mutuellement résultent la déchirure de celle-ci et l'expulsion de l'ovule : cette expulsion constitue la ponte ou l'ovulation spontanée, appelée aussi ponte périodique.

« Tandis que ces phénomènes se passent dans la vésicule ovarienne et dans le bulbe, d'autres non moins importants se montrent dans les trompes et la matrice.

« Les trompes de Fallope, d'un blanc grisâtre dans l'état le plus habituel, prennent une coloration rosée ou rouge, quelquefois presque livide. Leurs fibres musculaires se contractent, ainsi que celles de l'aileron dans lequel elles sont situées et celles du ligament rond postérieur. Sous l'influence de ces contractions, le pavillon s'applique à la surface de l'ovaire pour recevoir la vésicule dont la déhiscence est imminente. Au moment où elle se déchire et où les parties qui l'entourent réagissent sur ses parois pour en expulser le contenu, les rapports de la glande avec son conduit excréteur sont donc tels que leur continuité se trouve pour ainsi dire rétablie. L'ovule passe donc immédiatement de l'ovisac dans l'oviducte.

« La matrice, subissant aussi l'influence de la surexcitation fonctionnelle qui rayonne de l'ovaire vers tous les points de l'appareil génital, devient le siège de modifications plus remarquables encore. Le sang afflue dans ses

parois ; il remplit ses artères et surtout ses énormes veines en sorte qu'elle se trouve dans un état très-analogue à celui du bulbe de l'ovaire. D'autre part, la muqueuse utérine augmente d'épaisseur et d'étendue, elle se plisse, ses vaisseaux se développent, et bientôt il s'en exhale un liquide d'abord peu abondant et de couleur rosée qui se mêle au mucus utérin et au mucus vaginal. A cette exhalaison succède une véritable hémorrhagie qui persiste trois, quatre ou cinq jours, et qui, diminuant ensuite, ne tarde pas à se supprimer pour se reproduire spontanément chaque mois jusqu'à l'âge de quarante-cinq ou cinquante ans.

« C'est à cet écoulement qu'on a donné le nom de menstruation. Il coïncide toujours avec la ponte périodique. Négrier, le premier en 1831, a signalé cette coïncidence. Tous les faits recueillis depuis cette époque sont venus la confirmer. Ils ont démontré, en outre, que la menstruation est subordonnée à la ponte, en d'autres termes, que la déhiscence des vésicules ovariennes se traduit au dehors par l'éruption des règles. Cette hémorrhagie est le signe extérieur des modifications que subit l'utérus pour se préparer à recevoir le germe et l'entourer des conditions les plus favorables à son développement.

« La rupture de la vésicule ovarienne peut s'opérer pendant toute la durée de l'écoulement menstruel. Mais elle a lieu en général à la fin des règles. Ce moment est donc celui où l'aptitude à la fécondation est portée chez la femme à son plus haut degré ». (Sappey)

On voit par la lecture de ces pages et selon beaucoup

d'auteurs également, que le phénomène initial de l'ovulation et de la menstruation est une congestion des organes de la génération.

Cette congestion produit dans la substance médullaire de l'ovaire une tension excentrique qui chasse l'ovule de l'ovisac qu'elle déchire.

Du côté de l'utérus, comme phénomènes concomitants, elle provoque également une tension, mais concentrique cette fois, et par l'acide carbonique contenu dans le sang qui y arrive en abondance, la contraction des faisceaux musculaires. Tension et contraction ont pour but ici l'expulsion de la muqueuse utérine hypertrophiée.

Cette tension, produite par une même cause, la congestion et qui est excentrique dans l'ovaire et concentrique dans l'utérus, tient probablement à ce que le premier est un ovoïde plein et le second un ovoïde creux, ou bien peut-être à ce que la congestion se produit dans l'ovaire au centre, portion bulbeuse, tandis que dans la matrice elle se fait à la périphérie, parois, et autour d'un espace vide, cavité utérine.

On peut donc dire sans conteste que c'est la congestion des organes de la fécondation qui produit à la fois et l'ovulation et la menstruation.

Quelle est la nature de cette congestion ? Est-elle active, c'est-à-dire due à une excitation de vaso-dilatateurs utero-ovariens ? ou est-elle passive, due simplement à une stase sanguine dans les vaisseaux de l'utérus et de l'ovaire par suite d'une gêne de la circulation en retour.

L'hypothèse d'une congestion passive ne peut être ad-

mise, car on ne voit nulle part dans le trajet des veines utéro-ovariennes, une cause quelconque y empêchant la circulation. Cependant, il se produit bien dans l'utérus une entravé à la circulation en retour, par suite de la contraction des fibres musculaires qui étranglent les veines et les sinus à parois minces, tandis qu'elles sont sans action sur les parois artérielles plus épaisses et plus résistantes; mais cette contraction étant elle-même due à l'acide carbonique en excès, apporté par le fait de la congestion seule, ne peut être prise pour la cause puisqu'elle n'en est que l'effet.

Quant à la première, elle peut être prise en considération, mais alors une nouvelle question se pose: Quel serait l'excitant de ces vaso-dilatateurs? car nous savons que la congestion active est le résultat de l'activité de ces nerfs.

En effet, ces nerfs qui semblent rester dans un état d'indifférence absolue, ou plutôt dans un état de paralysie pour ainsi dire, pendant toute la période intermenstruelle, entrent en action juste au moment de l'ovulation, comme réveillés par un agent exciteur quelconque, pour provoquer la congestion des organes de la génération.

Si en ce moment, on jette un coup d'œil sur l'ensemble des organes générateurs, on observe que cette excitation, ou plutôt ce réveil des vaso-dilatateurs coïncide exactement avec la disparition du corps jaune de la menstruation.

On sait que l'ovisac, après l'expulsion de l'ovule, se transforme en une glande à sécrétion interne appelée

corps jaune de la menstruation ou faux corps jaune. Cette glande s'hypertrophie pendant les neuf ou dix premiers jours, c'est-à-dire pendant le premier tiers de la période intermenstruelle, puis s'atrophie progressivement par résorption pendant les deux derniers tiers, pour disparaître complètement en tant qu'organe, au moment de l'ovulation suivante, en ne laissant à sa place qu'une cicatrice qui s'effacera bientôt.

C'est juste au moment de la disparition du corps jaune et de sa sécrétion, que la congestion de l'ovaire, des trompes et de l'utérus se reproduit et dure jusqu'au moment où un nouveau corps jaune se formant, vienne la faire disparaître par son produit d'élaboration.

On voit donc ainsi, que cette excitation des vaso-dilatateurs utéro-ovariens coïncide parfaitement avec la disparition du corps jaune et que ces deux phénomènes se succèdent invariablement tant qu'aucune cause pathologique ou une grossesse ne vient troubler le cours de leur marche.

Peut-on, de cette constatation, déduire que l'excitant, c'est-à-dire la cause de la vaso-dilatation et conséquemment de la congestion des organes génitaux réside dans l'ovariule ?

Oui, puisque nulle autre part nous ne trouvons l'explication de cette congestion et qu'ensuite, cette dernière ne se produit invariablement qu'au moment de la disparition du corps jaune ; mais il faut bien remarquer que cette cause ne peut y exister sous forme d'excitant, car au moment même de cette vaso-dilatation, le corps jaune a

disparu comme glande et ne peut par conséquent sécréter aucun principe qui puisse être considéré comme l'excitant présumé.

Au contraire, nous pensons que le corps jaune, pendant toute son évolution, c'est-à-dire pendant toute la période intermenstruelle, sécrète un produit qui a la propriété de modérer, d'endormir, de paralyser pour ainsi dire les vaso-dilatateurs utéros-ovariens et qui empêche ainsi la congestion de ces organes pendant tout le temps de cette même période intermenstruelle.

Quand le produit de sécrétion vient à disparaître, ces nerfs reprennent simplement leur propriété physiologique et provoquent naturellement la congestion utéro-ovarienne, congestion qu'ils maintiendront jusqu'à la formation d'un second corps jaune, qui, par son produit, les paralysera de nouveau pendant toute son existence, c'est-à-dire jusqu'à l'ovulation suivante.

Cette reviviscence, si nous pouvons nous exprimer ainsi, de la fonction des vaso-dilatateurs, après la suppression du produit ovarulique, ne se localiserait pas simplement sur le plexus ovarien, mais s'étendrait aussi sur d'autres nerfs pour produire un ensemble de phénomènes appelé *molimina menstrualis* et qui sont : « une congestion de la moëlle épinière, un endolorissement de la région lombaire, des phénomènes de la sensibilité excentrique, des douleurs périphériques qu'il faut rapporter à la moëlle » (M. Duval) et à quoi on peut ajouter une congestion plus ou moins douloureuse des glandes mammaires.

La disparition du corps jaune a non seulement une

action excitatrice sur quelques vaso-dilatateurs de l'organisme, il semble qu'elle réveille également l'excitabilité de certains nerfs sensitifs : c'est ce que semble prouver l'ovariotomie :

« On sait que l'ovariotomie provoque souvent à sa suite des troubles nerveux et congestifs, consistant en bouffées de chaleur pénibles, congestion de la face, céphalalgie, vertiges, rachialgie, insomnie, cauchemars, troubles dyspeptiques, asthénie neuro-musculaire, modifications de caractère, parfois crises syncopales, etc.

« Sous l'influence de l'ovarine, les phénomènes d'ordre congestif (bouffées de chaleur, céphalée, etc.) disparaissent les premiers (Lissac, Jayle). L'opothérapie ovarienne s'est montrée encore efficace lorsque les mêmes phénomènes se montrent sous l'influence de la ménopause naturelle » A. MANQUAT. *Traité élémentaire de thérapeutique*, 4^e édition, page 794.

L'ovariule aurait donc par son fonctionnement, en dehors de son action sur la nutrition générale de l'organisme (1), une autre plus importante et élective sur les vaso-dilatateurs utéro-ovariens qu'il paralyse ou tout au moins modère leur action de façon à empêcher la congestion de ces organes. Cette action modératrice est naturellement subordonnée à l'existence de la sécrétion ovarienne :

(1) Curatuto et Tarulli : « Suivant la théorie de Brown-Séquard, à l'exemple de toutes les autres glandes de l'organisme, les ovaires sécrètent un produit incessamment versé dans le sang et de composition chimique encore inconnue, qui favorise l'oxydation des substances organiques qui renferment du phosphore, etc. ».

elle persiste tout le temps que dure cette sécrétion et disparaît avec elle faute d'aliment.

On peut donc avancer maintenant, que la cause de l'ovulation et de la menstruation, de la congestion des organes génitaux, de la vaso-dilatation des vaisseaux utéro-ovariens, de l'entrée en activité en un mot des vasodilatateurs utéro-ovariens est la disparition du corps jaune ou encore mieux de son produit de sécrétion.

Identité des phénomènes de la menstruation et de ceux de l'accouchement

La cause de l'ovulation et de la menstruation trouvée, étudions donc les rapports qui existent entre cette dernière et la parturition.

On sait qu'à l'époque de l'ovulation, il se produit dans l'utérus :

1^o Une congestion des vaisseaux, d'où une tension dirigée vers la muqueuse ;

2^o Une contraction des faisceaux musculaires provoquée par la présence de l'acide carbonique en excès, apporté par l'afflux sanguin.

3^o Le décollement et l'expulsion en entier (1) ou en

(1) M. DUVAL. *Cours de physiologie*, page 653 : « Parfois la desquamation de l'épithélium utérin se fait tout d'une pièce, et les règles sont accompagnées de l'expulsion d'une fausse membrane reproduisant exactement le moule de la cavité utérine (dysménorrhée membraneuse exfoliante). La muqueuse utérine se sépare du tissu sous-jacent comme au moment de l'accouchement et est expulsée, tantôt entièrement sous forme de sac, à villosités externes ou internes, suivant qu'elle sort directement ou retournée sur elle-même, tantôt par lambeaux plus ou moins considérables. Quelques auteurs ont nié le détachement menstruel de la muqueuse et prétendu que ce n'est là qu'un avortement des premiers jours ou des premières semaines (Hausmann). Mais Courty a réuni plusieurs observations incontestables de menstruation membraneuses chez des vierges et chez des femmes mariées, chez lesquelles, malgré l'interruption avérée des rapports

débris, de la muqueuse utérine avec l'ovule qu'elle contient ;

4° Une hémorrhagie qui dure de trois à cinq jours en moyenne.

Tous ces phénomènes sont accompagnés soit de douleurs très vives, soit simplement d'un malaise général.

Que se passe-t-il du côté de l'utérus pendant le travail de l'accouchement ?

1° Une congestion de l'organe accompagnée forcément d'une tension dirigée vers la muqueuse ;

2° Une contraction des faisceaux musculaires provoquée par la présence de l'acide carbonique en excès. Cette contraction est naturellement en proportion avec le développement des fibres musculaires. Elle s'accompagne toujours de vives douleurs à cause du grand développement des filets nerveux qui ont suivi l'accroissement des fibres musculaires.

3° Le décollement et l'expulsion de la caduque utérine avec tout son contenu : œuf et placenta, caduque qui n'est autre chose que la muqueuse utérine hypertrophiée et adaptée aux besoins de la gestation.

4° Une hémorrhagie qui au lieu de durer trois à cinq jours, persiste sous forme de lochies pendant quinze à

conjugaux, le phénomène se reproduisait avec une persistance qui ne saurait laisser de doute sur sa nature ».

Nous-même, avons eu l'occasion de voir, grâce à l'amabilité de M. Blondel, chef de laboratoire de la Charité, une muqueuse utérine entière expulsée dans ces conditions. Elle provenait d'une de ses clientes qui à chaque époque menstruelle expulse une pareille fausse-membrane.

vingt jours en conséquence du plus grand nombre de vaisseaux rompus et de leur calibre.

Il y aurait encore le ramollissement du col et la dilatation de l'orifice cervical ; ces phénomènes n'existent-ils pas en petit pendant l'ovulation pour laisser écouler les menstrues ?

« Le col est tuméfié, violacé, entr'ouvert et ramolli ». (Ribemont-Dessaignes et Lepage).

La lactation même est représentée pendant la menstruation par une congestion plus ou moins douloureuse des glandes mammaires.

La congestion qui provoque le travail de l'accouchement produit-elle également l'ovulation comme celle de l'époque menstruelle ?

Nous avons vu que Tyler Smith admettait cette ovulation et prétendait même qu'elle se produisait régulièrement chaque mois et c'est au moment de la dixième époque seulement que les contractions utérines survenaient.

Tout en repoussant l'hypothèse de la continuation de la ponte mensuelle pendant la grossesse, nous admettons l'ovulation au moment de l'accouchement, car la congestion s'étendant également sur l'ovaire, produit forcément la rupture d'un ou de plusieurs ovisacs arrivés à maturité et l'expulsion de leur contenu.

« Pendant le dernier tiers de la gestation, dit Gastel, les corps jaunes commencent à s'atrophier et les follicules reprennent leur développement momentanément arrêté, à l'époque de l'accouchement ces follicules sont à com-

plète maturité, la fécondation est possible ; on sait que chez la plupart des rongeurs, c'est le moment le plus propice ». (Thèse de Paris, 1894).

On voit que les phénomènes de l'accouchement sont absolument les mêmes que ceux de la menstruation, sauf l'intensité qui est plus grande dans le premier cas, ce qui se conçoit facilement.

D'ailleurs Tarnier n'a-t-il pas dit : « La menstruation semble n'être qu'une miniature de la grossesse et de l'accouchement puisqu'on y trouve l'hypertrophie de l'utérus, les douleurs utérines, l'écoulement sanguin, l'expulsion de l'œuf ».

« Inversement, ajoute Camille Fournier, l'accouchement est une menstruation agrandie, où l'utérus est volumineux et dont les signes sont encore : contractions douloureuses, écoulement sanguin, expulsion de l'œuf. Dans l'avortement nous retrouvons encore ces trois signes comparables et indispensables.

D'après la théorie défendue par Sigismund, Lœvenhart et Lœventhal, la menstruation serait un avortement.

L'accouchement, le corps jaune de la grossesse et la cause déterminante de l'accouchement.

Les phénomènes de la menstruation et de l'accouchement étant identifiés, peut-on attribuer à tous deux la même cause ?

Oui, puisque dans les deux cas, les mêmes phénomènes se produisent suivant un même ordre, dans un même organe et dans un même but.

La cause déterminante de l'accouchement serait donc la suppression du produit de sécrétion du corps jaune.

Ce produit, par sa disparition même, cesse son action paralysante ou modératrice sur les vaso-dilatateurs utéro-ovariens et sur les fibres utérines, et alors les premiers recouvrant leur propriété physiologique, provoquent la congestion de l'utérus des trompes et des ovaires et les secondes recouvrant intégralement leur propriété contractile, réagissent plus facilement et d'une manière efficace aux excitations de l'acide carbonique apporté en excès dans l'utérus par le flux sanguin congestif.

Cette suppression du produit ovarien ne s'effectue pas d'emblée, la sécrétion tarit petit à petit et permet aux vaso-dilatateurs et aux fibres utérines de recouvrer progressivement leur propriété jusqu'à ce que le produit disparaissant ou devenant très minime, les premiers deviennent

libres de toute entrave et provoquent la congestion utéro-ovarienne, phénomène initial du travail.

Le produit du corps jaune, en même temps qu'il modère on abolit la propriété des vaso-dilatateurs utéro-ovariens et des fibres utérines, étend son action sur les nerfs sensitifs de la matrice qu'il anesthésie. Les contractions indolores de la grossesse semblent confirmer notre manière de voir, et quand vient le travail, l'anesthésique disparaissant, les contractions deviennent douloureuses.

Si quelques doutes planent encore dans l'esprit et empêchent d'accepter cette cause pour la vraie, le corps jaune lui-même va nous donner le moyen de les dissiper en nous apportant une preuve de plus à la justesse de notre opinion.

Que devient l'oariule quand l'ovule est fécondé ?

Ce corps jaune, au lieu d'évoluer en 28 jours comme celui de la menstruation, se développe pendant les deux premiers tiers de la grossesse suivant Gastel pendant le premiers tiers seulement suivant d'autres auteurs puis s'atrophie par resorption pendant les deux derniers tiers pour disparaître complètement, en tant qu'organe, au moment de l'accouchement en laissant à sa place une cicatrice proportionnelle à son accroissement.

Pourquoi l'évolution de l'oariule dont l'ovule est fécondé, se fait-elle en neuf mois, pendant tout le temps de la grossesse, au lieu de s'effectuer en un mois ? La fécondation en tant que pénétration du spermatozoïde dans l'ovule, n'a pu en rien le toucher et cependant non seulement il évolue, pendant un laps de temps égal à celui de la gros-

sesse, mais encore il atteint des dimensions considérables, trois ou quatre centimètres de diamètre, c'est-à-dire qu'il devient plus gros que l'ovaire lui-même. De sorte qu'on peut dire : l'évolution du corps jaune typique ou atypique est directement proportionnelle à l'évolution de l'utérus, tant au point de vue du temps qu'au point de vue du volume. Ce fait nous semble bien prouver que le vrai corps jaune joue un rôle prépondérant et pendant la grossesse et au moment du travail.

L'utérus pendant tout le temps de la gestation, vu le grand développement de ses fibres, de ses nerfs et de ses vaisseaux a besoin d'un modérateur puissant pour empêcher la congestion et éviter les contractions qui provoqueraient fatalement l'expulsion du fœtus.

Cet agent modérateur, c'est le corps jaune typique qui le lui fournit et pour être à la hauteur de sa tâche, acquiert lui-même un volume considérable et produit une quantité de principe proportionnelle aux besoins de l'utérus et de l'ovaire, pendant un temps égal à celui de la grossesse.

Cette action du produit ovariologique sur l'utérus est tellement intense que parfois les excitations les plus énergiques : émotions morales vives, traumatismes, tentatives d'avortement même sont impuissantes à provoquer la contraction de cet organe.

Que cette sécrétion vienne à tarir, les vaso-dilatateurs utéro-ovariens et les fibres musculaires de l'utérus recouvrent immédiatement leurs propriétés physiologiques et provoquent spontanément tous les phénomènes que nous connaissons, et cela que l'utérus contienne un œuf ou

ne contienne rien comme dans la grossesse extra-utérine.

Le corps jaune n'est pas la seule glande de l'organisme qui ait pour fonction de sécréter un principe ayant la propriété modératrice du système nerveux et des fibres musculaires. Le corps thyroïde a également une action analogue, modératrice sur les nerfs et le muscle du cœur et aussi sur certains vaisseaux.

En effet, ne voit-on pas, quand la fonction de cette glande est entravée par une cause quelconque, un goître par exemple, le cœur subir des excitations et des dilations qui le mettent en danger. Laveran et Teissier disent à l'article du goître exophtalmique :

« Les palpitations avec accélération des battements du cœur constituent une des manifestations constantes de la maladie. Le cœur peut battre cent trente, cent soixante fois par minute, c'est-à-dire, ses battements peuvent être tellement précipités qu'ils deviennent incomptables : c'est un véritable affolement, c'est la folie cardiaque de Bouillaud.

« Sous l'influence de cette excitation anormale, un certain degré d'hypertrophie peut se produire ; d'autres fois le muscle cardiaque, épuisé par cette sorte de surmenage se laisse distendre, la dilatation s'ensuit, et après elle, pour quelques auteurs, une insuffisance relative de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, celle-ci est temporaire et disparaît généralement quand la maladie a rétrocedé. G. Sée toutefois aurait vu, dans quelques cas, l'insuffisance mitrale ainsi produite persister après la disparition des accidents.

« Enfin Debove a observé dans quelques cas de véritables dilatations aiguës du cœur, donnant lieu à tout le cortège symptomatique de l'asystolie (œdème, ascite, hypertrophie du foie, etc.) sans que le moindre souffle soit venu révéler l'existence d'une lésion valvulaire.

« Les vaisseaux du cou sont considérablement dilatés ils sont animés de battements énergiques... Les canaux veineux sont le siège d'une turgescence toute spéciale ».

C'est probablement parce que cet organe ne peut suffire, seul, pendant le premier âge de la vie, à modérer les actions excitatrices des nerfs sur le cœur, alors surtout que celui-ci a besoin de toute la modération dans son fonctionnement, que l'enfant naît avec une seconde glande, le thymus, qui disparaît vraisemblablement quand le premier devient apte à remplir seul sa tâche ou peut-être quand le muscle cardiaque devient moins excitable.

On dirait qu'il en est de même des oariules ; au début de la grossesse, il s'en produit plusieurs dont un vrai ou typique chez la femme et les autres faux ou atypiques.

Les recherches de Gastel sur la superfétation l'ont conduit aux conclusions suivantes qui nous intéressent.

« Pendant les deux premiers tiers de la gestation, chez les mammifères, les theca de tous les follicules s'hypertrophient, qu'ils aient été rompus ou non ; il en résulte la formation de corps jaunes typiques pour les premiers et de faux corps jaunes pour les seconds. C'est-ce qui explique, pourquoi, sur un ovaire de lapine on trouve quelquefois une vingtaine de faux corps jaunes à côté de deux ou trois typiques.

Les contractions utérines de la grossesse, les avortements ou accouchements provoqués et les avortements ou accouchements par suite d'hémorrhagie.

Nous croyons donc notre opinion suffisamment démontrée ; mais il semblerait de prime abord, que d'après elle, l'utérus devrait rester dans un repos absolu et ne présenter aucune contraction pendant tout le cours de la gestation.

Il n'en est rien cependant, car tout le monde sait que l'utérus se contracte tout le temps et surtout à la fin de la grossesse. Ceci contredirait-il notre opinion ? Non, les faisceaux musculaires et les filets nerveux de l'utérus, avec leur accroissement progressif acquièrent une tendance bien marquée à réagir aux moindres excitations (froid, mouvements du fœtus, légers traumatismes), et réagissent en effet par des contractions indolores, malgré la présence du principe modérateur et quand l'excitateur l'emporte en intensité sur ce dernier. Mais comme l'excitation est passagère, le modérateur placé en permanence prend bientôt le dessus et tout rentre dans l'ordre.

Nous avons vu précédemment pourquoi les contractions utérines sont indolores pendant la grossesse et douloureuses au moment du travail.

Que ces excitations viennent à persister aussi intenses

et aussi longtemps que leur antagoniste, comme cela arrive dans l'accouchement provoqué ou dans une hémorrhagie : sonde élastique, eau, sang, placés entre les membranes et l'utérus, les fibres et les nerfs de la matrice qui sont sollicités par ces excitations à reprendre simplement leurs propriétés physiologiques, entrent en activité et provoquent la congestion et la contraction utérines, d'où expulsion de l'œuf.

Voilà donc l'explication des avortements et accouchements provoqués ou par suite d'hémorrhagie.

LES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES

Jusqu'ici aucune théorie existante n'a pu expliquer le pseudo-travail qui se déclare au terme de la grossesse extra-utérine. Nous avons vu précédemment que dans ce cas comme dans la grossesse intra-utérine, la même cause provoque le réveil des phénomènes du travail au terme de la gestation, malgré la vacuité de la matrice.

La plénitude de l'utérus n'est pour rien dans la cause déterminante de l'accouchement physiologique, c'est la disparition du produit de sécrétion du corps jaune typique et elle seule, qui est la vraie cause.

LES AVORTEMENTS ET ACCOUCHEMENTS PRÉMATURÉS SPONTANÉS

Pour nous, l'utérus gravide entre généralement en contraction quand le corps jaune ne sécrète plus son produit ou quand cette sécrétion devenant pathologique ne remplit

plus son but, sauf dans les avortements et accouchements provoqués ou par suite d'hémorrhagie.

La durée moyenne de la grossesse, ou en d'autres termes, celle de l'évolution du corps jaune de la grossesse est de 270 jours. Chez certaines femmes, elle va jusqu'à 288 à 294 jours, 10 0/0 en moyenne d'après le tableau de Reid ; chez d'autres, elle s'arrête entre 260 et 266 jours, 12,5 0/0 suivant le même tableau.

1^o Si pour des causes encore inconnues, cette évolution s'arrête ou se termine hâtivement avant que le fœtus ne soit viable, les phénomènes du travail se déclarent pour provoquer un avortement. Et nous pensons que c'est pour cette raison que, dans certaines familles, les femmes n'arrivent jamais au terme de la gestation et voient avec désolation chaque grossesse se terminer par un avortement ou n'accouchent que des enfants de 7 ou 8 mois.

L'évolution hâtive physiologique du corps jaune typique est donc une cause d'avortement ou d'accouchement prématuré.

2^o Diverses maladies qui atteignent l'œuf produisent également des avortements quand elles peuvent toucher en même temps le vrai corps jaune, tandis que dans le cas contraire, le fœtus quoique mort est conservé dans l'utérus jusqu'au tarissement du produit ovariulique, c'est-à-dire jusqu'à la fin de la période de grossesse. Le corps jaune sain continue à sécréter son produit qui empêche la congestion utéro-ovarienne et conséquemment les phénomènes du travail, malgré la mort du fœtus. Quand viendra la fin du neuvième mois, le travail se produira,

parce que le principe ovariulique aura disparu, tout comme si le fœtus était vivant et l'expulsera. C'est ce qui explique les cas de fœtus morts dans le cours de la grossesse, mais qui ne sont expulsés qu'après neuf mois de gestation.

Il en est de même pour la grossesse extra-utérine : malgré la vacuité de l'utérus, les phénomènes du travail apparaîtront à la fin du neuvième mois, tout comme s'il contenait un fœtus mort ou vivant et provoqueront cette fois-ci l'expulsion de la caduque utérine seulement.

3° Il arrive parfois que certaines maladies atteignent spécialement le corps jaune sans toucher à l'œuf. L'évolution de cette glande à sécrétion interne sera entravée et sa sécrétion sera diminuée, modifiée ou supprimée. L'avortement s'en suivra fatalement et le fœtus sera expulsé ordinairement vivant.

RÉSUMÉ

1° Le phénomène initial de l'accouchement est la congestion utero-ovarienne.

2° Cette congestion apporte dans l'utérus une grande quantité de sang riche en acide carbonique qui excite les fibres utérines et provoque leurs contractions.

3° La cause déterminante de cette congestion est la rentrée en activité des vaso-dilatateurs utero-ovariens.

4° Le corps jaune de la grossesse sécrète un produit qui maintient dans un état de sommeil, de paralysie, les vaso-dilatateurs utero-ovariens, les nerfs sensitifs et les fibres musculaires de l'utérus. Quand ce produit diminue considérablement ou disparaît en totalité, les vaso-dilatateurs, les nerfs sensitifs et les fibres musculaires reprennent leurs propriétés physiologiques; les premiers provoquent la congestion des organes génitaux et les derniers produisent ensuite des contractions douloureuses qui expulsent finalement l'œuf. Cette congestion et ces contractions douloureuses surviennent même quand l'utérus est vide comme dans la grossesse extra-utérine.

La cause de l'entrée en activité des vaso-dilatateurs utero-ovariens, ou la cause déterminante de l'accouchement est donc la disparition du produit ovarulique.

5° Les avortements peuvent être divisés en deux classes :

a. D'une part, ceux qui sont provoqués par l'accoucheur et ceux causés par une hémorragie : L'excitation directe des vaso-dilatateurs et des fibres musculaires de l'utérus triomphe alors sur la paralysie produite par le produit ovariulique et suffit à elle seule dans ce cas à provoquer les phénomènes du travail.

b. D'autre part, ceux qui sont produits par une évolution physiologique hâtive ou par une maladie du corps jaune typique : Le produit ovariulique disparaissant dans les deux cas, ou étant modifié seulement dans le second, les vaso-dilatateurs entrent en action et provoquent la congestion utero-ovarienne, d'où contractions de l'utérus et expulsion du fœtus mort ou vivant.

6° Si le corps jaune de la grossesse évolue naturellement, sans aucune entrave et en neuf mois, que l'utérus contienne un fœtus bien portant, malade ou mort, ou ne contienne rien comme dans la grossesse extra-utérine, la congestion utéro-ovarienne et conséquemment les phénomènes du travail ne se produiront qu'au moment du tarissement du produit ovariulique, c'est-à-dire à 270 jours environ.

CONCLUSION

Peut-on de cette théorie, tirer une conclusion pratique ?
Oui, ce serait l'application de l'opothérapie dans les cas d'avortements de cause inconnue ou par suite de maladie de l'ovaire.

Des ovaires en puissance de vrais ou de faux corps jaune peuvent être administrés soit par ingestion stomacale, soit encore mieux, suivant la méthode de Brown-Séquard, et peut-être cette médication permettra-t-elle à plusieurs mères désolées de conduire jusqu'à terme leurs grossesses si malheureusement interrompues.

Si toutefois l'ovarine échouait contre ces avortements, il ne faudrait point en déduire immédiatement que la théorie est erronée, car quel est celui d'entre nous qui est certain de fournir par ses manipulations, à l'organisme en général et aux organes génitaux en particulier, un produit identique en tous points au produit d'élaboration des corps jaunes.

Vu le président de la thèse :

MATHIAS DUVAL

Vu le Doyen :

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

